



Oral Mukoza Muayenesi ve Psödopatolojileri

Pseudopathologies and Examination of the Oral Mucosa

Can Ceylan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Oral mukoza, birçok kutanöz ve sistemik hastalığın tanısına ışık tutan bir pencere olması açısından fizik muayene sırasında atlanmaması gereken özel bir bölgedir. Oral mukozanın kutanöz lezyonlardan farklı olarak keratinize olmayan bölümler içermesi, anatomik ve histolojik olarak tükrük bezleri ve papilla gibi özel yapılanmalara sahip olması nedeniyle, muayenede bazı ayrıntı ve özelliklerin hekim tarafından iyi bilinmesi gerekir. Bu bölgedeki olağan ve olağan dışı değişikliklerin ayırt edilmesi, hem diagnostik hem de terapötik açıdan önem taşımaktadır. Bu sunumda, ağız içindeki her bir bölgenin nasıl muayene edileceği ayrıntılı olarak ele alınmış ve oral mukozada patolojik olmayan değişiklikler vurgulanmıştır. (Türkderm 2012; 46 Özel Sayı 2: 60-5)

Anahtar Kelimeler: Oral mukoza, muayene, normal değişim

Summary

Oral mucosa for shedding light on diagnosis of many cutaneous and systemic diseases, is an area not to be overlooked during the physical examination. Unlike cutaneous lesions, oral mucosa includes the non-keratinized sections and since it has anatomically and histologically special structures such as salivary glands and papillaries, the physician must recognize some detail, and features during the examination. To distinguish of usual and unusual changes in this area is important for both diagnostic and therapeutic aspects. In this presentation, a detailed explanation of how each area of the mouth should be examined is provided and normal variations of oral mucosa are emphasized. (Türkderm 2012; 46 Suppl 2:60-5)

Key Words: Oral mucosa, examination, normal variation

Giriş

Oral mukoza, önde dudak vermilyon hattı ile arkada orofarinks arasında kalan mukozal alan olarak tanımlanabilir. Yeterli bir anamnez, diğer sistemlerde de olduğu gibi muayenenin ön koşuludur. Diabetes mellitus, demir eksikliği anemisi, pernisiöz anemi, hipertansiyon, bağ dokusu hastalıkları (Lupus eritematozus, Sjögren sendromu) gibi sistemik hastalıklar, hastanın kullanmakta olduğu antihipertansif, antiepileptik, immunsupresif, antidepresan ilaçlar, geçirilmiş dental tedaviler (protez, implant, dolgu), oral hijyen amacıyla kullanılan solüsyon ve diş macunları, sigara ve alkol kullanımı, diyet alışkanlıkları oral mukoza muayenesinde ayrıntılı bir şekilde sorgulanması gereken belli başlı özellikler arasındadır.

Ayarlanabilir beyaz ışık kaynakları, ağız aynaları, dil basacağı, hastaya doğru pozisyon verilmesi, muayene masası ya da koltuğunun uygun yükseklikte ve ayarlanabilir olması, lateks içermeyen eldivenler kullanılması, oral muayenede sağlanması gereken ön koşullardır. İntraoral resim almak amacıyla tasarlanmış geleneksel 35 mm ya da dijital kameraların kullanımı, fotoğrafik belgeleme ve tıbbi kayıt için önemlidir¹. Sağlıklı bir oral muayene, ekstraoral muayene ile başlar. Baş ve boynun ekstraoral kısımları; yüz, burun, kulaklar, servikal ve preaurikuler lenf nodları, tiroid bezi, majör tükrük bezleri, dudaklar ve ağız köşelerini kapsar. Yüz asimetrisi, kemik deformiteleri ve deri değişiklikleri görsel olarak değerlendirilmeli, ağız içi muayenesi için ipucu oluşturabileceğinden ilerisi için not edilmelidir. Preaurikuler bölge ve boyun palpasyonu önemlidir.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Can Ceylan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 390 25 94 E-posta: canderma@yahoo.com

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venereology, published by Galenos Publishing.*



İntraoral muayene, dudaklar, vestibül, diş etleri, yanak mukozası, yumuşak ve sert damaklar, dorsal ve ventral dil, majör ve minör tükrük bezleri, ağız tabanı ve orofarinksine içine alır¹.

Hasta yatarak muayene edilecekse ortalama 45 derece açıyla uzanmalı, başın sağa sola, yukarı aşağı oynamayacak şekilde stabil olması sağlanmalıdır. Lenf bezi muayenesinde palpasyon her zaman sistematik bir yol izlenerek yapılır (Superiordan inferiora ya da inferiorordan superiora). Servikal lenf nodları zinciri; preaurikuler, postaurikuler, oksipital, superior servikal, posterior servikal, submaksiller, submental, inferior derin servikal ve supraklavikuler nodlar şeklinde dizilim gösterir^{1,2}. Supraklavikuler lenf bezlerindeki büyüme, valsalva manevrası ile intratorasik basıncın artırılması yardımıyla daha kolay saptanabilir. Fiksasyon gösteren unilateral nodlar malignite lehine; bilateral, mobil özellikte büyüme gösteren lenf nodları ise sıklıkla enfeksiyon lehine değerlendirilir. Ön servikal zincirin lenfadenopatisi, inflamatuvar ya da metastatik olayların göstergesidir. Supraklavikuler LAP, altta yatan bir malignite ya da tüberküloz (skrofuloderma) ile ilişkili olabilir. Parotis bezi ve submandibuler bezler de herhangi bir kitle olasılığı nedeniyle palpe edilmelidir. Parotis bezi neoplazmaları en iyi preaurikuler yanak bölümünün derin palpasyonu ile saptanabilir^{3,4}.

İntraoral muayene, hem inspeksiyon hem de yüzeysel ve derin palpasyondan oluşur. Muayene öncesi altta yatan patolojik değişiklikler maskelenebileceğinden takma dişler, metal köprüler çıkarılmalıdır. Aşırı oral sekresyon lezyon görünüşünü bozabileceğinden uygun bir gazlı bezle mukozanın kurulanması yararlı olabilir. Gazlı bez, daha iyi görüş için dil ve dudakların tutulması amacıyla da kullanılabilir. Yanak retraktörleri (plastik ya da metal) ve dental aynalar, oral kavitenin incelenmesinde kolaylaştırıcı aparatlardır.

Oral mukozada gingivalar, dil dorsumu, sert damak keratinizasyon gösterirken, dudak mukozası, bukkal mukoza, dil ventral yüz, ağız tabanı ve yumuşak damak keratinizasyon göstermez. Oral kavitenin sınırları önde vermilyon hattı, arkada orofarinks, yanlarda bukkal mukozalar, üstte damak ve altta ağız tabanı ile çevrilmiştir. Oral kavite, vestibül ve gerçek oral kavite olarak iki kısımdan oluşur. Vestibülün iç duvarı; dişler ve gingiva, dış duvarı ise dudak iç mukozası ve yanak mukozasından oluşur. Vestibülün alt ve üst taban kıvrımları "vestibül sulkus" olarak isimlendirilir⁵.

Dudaklar

Dudaklar hem intra hem de ekstra oral anatomiye dahildir. Dudakların dış sınırı, deri ve müköz membran arasında geçiş zonu olup "vermilyon" adını alır. Dudakların kutanöz kısmı, "vermilyon sınırı" adı verilen hafifçe kabarık çizgi ile vermilyondan ayrılır. Özellikle üst dudak vermilyon sınırında ve komissuralarda birçok erişkinde ektopik yağ bezlerine ait "Fordyce tanecikleri" görülebilir. Üst dudak kutanöz kısmı, ortada "filtrum" adı verilen vertikal olukla bölünmüştür. Üst ve alt dudakların lateral bileşkesi "ağız köşeleri" ya da "komissura"ları oluşturur². Kandiyazis, demir eksikliği anemisi ve immun yetmezliklerde ağız köşelerinde "anguler keilit" görülebilir.

Hastadan muayene öncesi, ruj ve dudak nemlendiricilerini çıkarması istenmelidir. Dudaklar, ağız kapalı ve açıkken gözlenmeli, daha sonra olası submukozal bir kitlenin atlanmaması için baş ve işaret parmakları arasında alınarak palpe edilmelidir. Alt dudakta çok sayıda minör tükrük bezi bulunur. Bu yüzden palpe edildiğinde hafif granüler bir his alınması olağandır. Dudakların rengi ve dokusu yanı sıra, erozyon, skuam, krut gibi lezyonların varlığı da değerlendirilmelidir. Kardiyak ve pulmoner hastalıklarda dudaklar siyanoze olabilir. Her insanın dudak izi, kendine

özgü olup, parmak izi gibi kimlik belirlemede kullanılabilirse de, en ufak bir ödem ya da inflamasyon, dudak izinin bozulmasına yol açtığından pratikte tercih edilmez.

Dudaklar; dolgu, tatuaj, piercing gibi çok sayıda kozmetik işlem için odak oluşturur. Dudak için kullanılan dolgu materyalleri; steril granülom, nodül ve bazen de nekroza kadar gidebilen patolojik değişikliklere yol açabilir⁶. Vermilyon sınırını belirginleştirmek için kullanılan tatuajlar; granülom oluşumu, kontakt dermatit, skuamöz hücreli karsinoma gibi istenmeyen durumlara yol açabilmektedir⁷. Dudakların kutanöz bölümündeki kıllar, yaş, cinsiyet ve kişinin etnisitesine göre değişiklik gösterebilir. Sistemik kortikosteroid kullanımı ve sistemik hastalıklar (hiperandrojenizm, polikistik over sendromu, malignite) dudakların kutanöz kısmında hipertrikoza yol açabilir.

Dudak muayenesi ile melanotik makül, keilit (aktinik, alerjik, irritan, anguler, granüloamatöz), herpes labialis, diskoid lupus eritematozus, skuamöz hücreli karsinoma gibi birçok hastalık tanısı konulabilir. "Melanotik makül", dudak dışında gingiva, bukkal mukoza ve damakta da bulunabilir. Popülasyonun %3'ünde görülebilen pigmenter değişikliklerdir^{2,8}. Senilite ve ultraviyole hasarı sonucu alt dudakta gelişebilen "venöz lake", benign, vasküler bir dilatasyondur. Üzerine basınca boşalması karakteristik özelliğidir².

Bukkal Mukoza

Bukkal mukoza, ağız aynası veya dil basacağı yardımıyla yanakların hafifçe gerilmesi ve dudaklarda olduğu gibi iki parmak arasında alınarak palpe edilmesiyle muayene edilir. Burada leukoedema, linea alba, Fordyce tanecikleri gibi patolojik olmayan mukozal değişiklikler saptanabilir. "Leukoedema", mukozanın gerilmesiyle kaybolan gri beyaz, diffüz, opak tabakalanma olarak tanımlanabilir. Bukkal mukozada yaygın olarak görülmekle birlikte, ağız tabanı ve palatofaringeal dokularda da gözlenebilir. Genellikle ağız hijyeni kötü, yoğun sigara içen ve yanaklarını ısrarla bireylerde görülür. Koyu deri tipine sahip ırklarda yüksek prevalansı (%70-90) gösterir. Malign dönüşüm göstermez^{9,10}. "Linea alba", ağız kapalı iken dişlerin oklüzyon hattında negatif çekim etkisi ile oluşan horizontal lineer hiperkeratoza verilen isimdir (**Resim 1**). Popülasyonun %10'unda görülür⁵. "Fordyce tanecikleri" ektopik sebace bez yapılarına ait sarımsı papüllerdir (**Resim 2**). Komissura yakın alanlarda ve retromolar bölgelerde daha belirgin olabilir. Popülasyonun %80'inde görülür^{2,11}. Yanak mukozası; soluk pembe renkte olup, miksoid sekresyon salgılayan minör tükrük bezleri tarafından nemlendirilir. Dişlere komşu yanak



Resim 1. Linea alba (Bukkal mukoza)

mukozası hafifçe kaldırıldığında mukozanın yapışık kalması kserostomi lehine değerlendirilir². "Morsicatio buccarum (cheek biting)"; psikosomatik nedenlerle kişinin yanaklarını kronik olarak ısırması sonucu ortaya çıkan, reaktif, benign bir lezyondur. Yanaklar dışında, dil ve dudaklarda da görülebilir. Lezyon morfolojisi, fokal erode alanlar ve mukozal saçaklanmalardan oluşur^{2,12}.

Tükrük Bezleri

Tükrük bezleri minör ve major olarak sınıflandırılır. Major olanlar; parotis, submandibuler ve sublingual olmak üzere üç tanedir. Buna karşılık minör tükrük bezleri dudakların mukozal kısımları ve sert damakta daha yoğun olmak üzere tüm ağız mukozası içinde dağılmışlardır. Tükrük sekresyonunun içeriği, aköz ya da müsinöz salgı yapan asinusların göreceli yüzdesine göre değişkenlik gösterir. Minör tükrük bezi kanallarında obstrüksiyon gelişebilir. Bunun dışında herhangi bir tükrük bezinin travmaya maruz kalması; kanal içinde tükrük retansiyonu ya da submukozal yayım sonucu tükrük ekstrasvazasyonu ile sonuçlanır. Her iki durumda da "mukosel" formasyonu söz konusudur (Resim 3). Mukoseller en sık alt dudakta oluşurken, minör tükrük bezi neoplazmları sıklıkla sert damağın ön kısmında oluşur^{2,13}. Parotis bezinin ana ekskretuar kanalı olan "Stensen Kanalı"nın bukkal mukozaya açıldığı yer olan "Stensen Papillası"; bukkal mukozanın üst kısmında maksiller 2. molar diş karşısında küçük pembe bir papül olarak görülür. Parotis bezi, preaurikuler bölgenin altında ramus mandibula boyunca bezin arkasından önüne doğru palpe edilmektedir. Bu şekilde "Stensen Kanalı"ndan aköz sekresyon boşalımının gözlenmesi de amaçlanır. Söz konusu kanal tükrük taşı ile tıkanıldığında, hasta unilateral yanak ağrısından yakınır. Stensen Kanalı'nın, kozmetik yanak yağ dokusu ekstraksiyonunda sınır noktası olarak da önemi vardır^{5,14}. Parotis bezinde büyümenin bir bulgusu da, kulak memesinin dışı doğru deviye olmasıdır².

Gingivalar

Gingivalar; serbest ve yapışık (bağlı) gingivalar, mukogingival birleşim çizgisi ve interdental papilla bölümlerinden oluşur. Serbest gingivanın dalgalı kenara sahip üst sınırları, dişlerin arasında trianguler "interdental papilla" bölümlerini oluşturur. Bağlı gingiva, submukozal fibröz bantlar aracılığıyla alttaki kemiğe sıkı sıkıya yapışmıştır. Serbest gingiva ise, dişlerle bağlı gingiva arasında yer alır. Dişlerle serbest gingiva arasındaki "gingival sulkus"un derinliği 1-3 mm arasında değişir. Akut nekrotizan ülseratif gingivit (ANUG), interdental papillaların zimba ile delinmiş tarzda ağrılı nekrozu ve kötü kokuyla karakterize akut mikst bakteriyel enfeksiyondur. Bu tablo genellikle akut psikosomatik stres yaşayan genç erişkinlerde görülür. C vitamini eksikliği (skorbüt); ANUG ve periodontal kanama ile kendini gösterebilir^{2,15}.

Gingivalarda, koyu deri tipine sahip ırklarda açık kahverengiden siyaha kadar değişen renkte, simetrik ve uniform fizyolojik pigmentasyon ortaya çıkabilir. Bu durum melanosit sayısındaki artıştan ziyade, melanositik aktivite ile ilişkilidir^{5,16}. Tipik olarak gingivaların bağlı kısmında görülürken, serbest gingivalarda gözlenmez. Gingival pigmentasyon, ilaçlar, neoplazmlar ve sistemik hastalıklara (Addison hastalığı) bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Minosikline bağlı gingival mavi renk değişikliğinin sebebi ilacın gingiva altındaki kemikte birikim göstermesidir. Fizyolojik oral pigmentasyon, gingivalar dışında, bukkal mukozanın, sert damak, dudaklar ve dil dorsal yüz fungiform papillalarında da gözlenebilir¹⁷⁻¹⁹.

Torus ve ekzostoz gibi kemik büyümeleri, gingival hiperplazi, kronik gingivitis, periodontitis ile pyojenik granülom, periferik ossifiye fibrom, dev hücreli granülom gibi nodüler oluşumlar, gingivalar ve alveoler mukozalarda muayene sırasında saptanabilecek lezyonlar arasındadır²⁰.

Dil

Dil, hastanın dili dışarıda iken ya da bir gazlı bez yardımıyla hafifçe dışarı çekilerek muayene edilir. Dil mobilitesinde kısıtlılık, ağız tabanı ya da dil kökünde neoplastik bir gelişimin habercisi olabilir. Dilin 2/3 ön kısmı klinik olarak görülebilirken, 1/3 arka kısım ve dil kökü laringoskop yardımıyla daha sağlıklı değerlendirilebilir. Dorsal yüz keratinize, ventral yüz nonkeratinize, lateral kenarlar ise parakeratinizedir¹. 2/3 ön kısım embriyolojik olarak ektodermal kökenli olup, dilin tat alma fonksiyonuna sahip kısmıdır. Bu ön bölümde dilin dorsal yüzü; çok sayıda, kaba beyaz projeksiyon gösteren filiform (ipliksi) papillalar ile daha az sayıda küçük, kırmızı fungiform (mantarsı) papillalarla kaplanmıştır (Resim 4). 1/3 arka kısım ise endodermal kökenli olup lingual tonsilleri taşıyan lenfatik bölümdür. Bu iki dil kısmını bölen ters "V" şeklindeki "sulkus terminalis" in tepe kısmında, embriyogenez sırasında tiroglossal kanalın başlangıç kısmını oluşturan ve tiroid bezinin köken aldığı "foramen cecum" bulunur. Sulkus terminalis boyunca dağılan çanakı, sirkumvallat



Resim 2. Fordyce tanecikleri (Bukkal mukozanın üst kısmında, maksiller 2. molar diş karşısında küçük pembe papüller olarak görülür).



Resim 3. Mukosel (gingival ve bukkal mukozanın kızamıklı, kızamıklı ve kızamıklı lezyonları).

papillaların (10-12 adet) arkasında, lingual tonsil denilen birkaç lenfoid yapı yanı sıra posterior olarak yanlarda yaprak şeklinde folyat papillalar bulunur⁵. Lingual tonsillerde büyüme ya da folyat papillitis gibi hiperplastik değişiklikler; olağan, simetrik bir değişiklik olarak ortaya çıkabileceği gibi, enfeksiyon, enflamasyon ve neoplazi gibi nedenlere de bağlı olabilir.

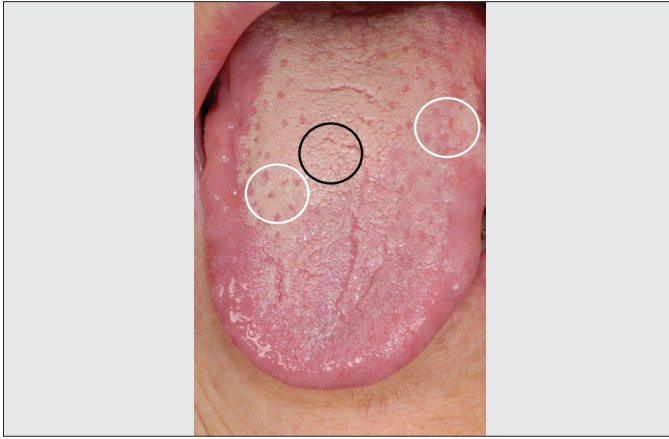
Benign migratuar glossit, fissüre dil, siyah kıllı dil ve median romboid glossit tipik olarak dilin dorsal yüzünde kendini gösterir. Dil dorsumunun santrali farklı derinlikte bir fissürle ikiye bölünmüştür. Popülasyonun %5'inde dorsal yüzde çok sayıda horizontal fissür (skrotal dil/lingua plicata/fissüre dil) görülebilir⁵. Coğrafya dili ile birlikteliği sıktır (%20). Down Sendromu ve Melkersson-Rosenthal Sendromu'na eşlik edebilir^{21,22}. "Benign migratuar glossit (Lingua geographica, coğrafya dili)", popülasyonun %1-2'sinde görülebilen, harita görünümünde, keratozik halka ile çevrili, gezici eritemli plaklarla karakterizedir (Resim 5). Püstüler psoriasis, akrodermatitis continua, Reiter sendromu, diabetes mellitus, emosyonel stresle birlikte görülebilir^{23,24}.

Filiform papillalarda silinme, B vitamini eksikliklerinde görülür ve "atrofik glossit" olarak isimlendirilir. Epstein-Barr virüsüne sekonder gelişen "oral kıllı lökoplaki" dilin lateral kenarında ortaya çıkar. İmmünyespresyonun klinik göstergesi olarak değerlendirilir^{25,26}. "Siyah kıllı dil"; filiform papillalarda abartılı uzama ile karakterize, kromojenik bakteri ya da kandida kolonizasyonu sonucu dil dorsumu posteriorunda ortaya çıkan bir görüntüdür. Kolonize olan bakteriye göre siyah, kahverengi veya sarı renk değişiklikleri söz konusu olabilir. Sigara kullanımı, kötü ağız hijyeni,

kserostomi, yoğun antibiyotik kullanımı zemin hazırlayan nedenler arasındadır^{2,27,28}. "Median rhomboid glossit" dil dorsal yüzde, sulkus terminalisin ön kısmında ortaya çıkan, papilla atrofisi ile karakterize, eritemli, bazen nodüler komponent gösterebilen pseudoepitelyomatöz hiperplazidir (Resim 6). Sigara kullanımı, kandidiazis, diş protezi kullanımı, diabetes mellitus zemin hazırlayan nedenler arasındadır^{29,30}. Dil ventral yüz mukozası, ince, nonkeratinize ve papillasızdır. Bu yüzden, sublingual venler kolaylıkla görülebilir. Ventral yüzde fizyolojik olarak variköz dilatasyonlar (lingual varis) ya da saçaklanma görülebilir (Resim 7). Dili ağız tabanına bağlayan lingual frenulumun her iki yanında submandibuler bezlerin açılım yeri olan "Wharton kanalları" bulunur. Boyunda submandibuler bölgenin bimanuel olarak sıvazlanmasıyla bu kanallardan tükürük sekresyonu görülebilir. Ehlers-Danlos sendromunda, mandibuler gingivadan dilin ventral yüzüne uzanan lingual frenulumda fonksiyon kaybı nedeniyle hastalar dillerini burun uçlarına değdirebilirler (Gorlin bulgusu)³¹.

Damak

Hastadan başını hafifçe yukarı doğru kaldırmayı istenerek muayene edilir. Dental aynaların kullanımı daha ayrıntılı görüş sağlayabilir. Sert damağın mukozal yüzü, alttaki kemiğe fikse ve oldukça keratinizedir. Kesici papilla, sert damağın ön kısmında, arkadan santral kesici diş uzanır ve nazopalatal nörovasküler demetin çıkış noktası olarak önemli bir sınır oluşturur. Kesici papillaya komşu ve arka bölümdeki lateral



Resim 4. Filiform (siyah daire) ve fungiform papillalar (beyaz daire)



Resim 6. Median romboid glossit



Resim 5. Benign migratuar glossit



Resim 7. Lingual varisler

yerleşimli sırtlanmalar "palatal kıvrım" olarak isimlendirilir. Fibröz bağ dokusundan oluşan palatal kıvrımların şekil ve yayılımı kişiye özeldir⁵. Orta hattaki kemiksi yumru "torus palatinus" olarak isimlendirilir ve popülasyonun %5'inde bulunur. Sert damağın ön kısmı sıklıkla sıcak yiyecekler sonucu termal hasara maruz kalır. Nikotin stomatiti, travmatik ülser, nekrotizan siyalometaplazi ve inflamatuvar papiller hiperplazi sert damakta rastlanabilen lezyonlar arasındadır. Nadiren embriyogenez sırasında kapanmayan sert damakta "yarık damak" malformasyonu ortaya çıkabilir³².

Sert damaktan farklı olarak yumuşak damak nonkeratinize olup, kemiğe bağlantısı yoktur. Ağız aynası ile dile bastırılmak suretiyle muayene edilir. Arkada yumuşak damak serbest kenarının ortasında bir uzantı olarak "Uvula (küçük dil)" bulunur. Yumuşak damak, "Herpangina" ve "El-ayak-ağız hastalığı" gibi "Coxsackie virüs" enfeksiyonları için yaygın yerleşim bölgesidir³³. Uvulanın çift olması, sert damakta kemikte ayrılma olduğunun işareti olup, sert damağın palpe edilmesiyle muayene edilir. Glossofaringeal paralizide uvula karşı tarafa deviasyon gösterir².

Ağız Tabanı

Hastadan dilini damağına değıdirmesi istenerek, dilini sağ sol yanak mukozasına çevirmesi istenerek, hekim tarafından dil dışı yukarı çekilerek ya da ağız aynası ile dil arkaya itilerek muayene edilir. Palpasyon sırasında, bir el çene altına basılı tutulurken diğer elin işaret parmağı ile aşağı doğru bastırarak neoplastik infiltrasyon araştırılır. Ağız tabanı, neoplazi başlama riski yüksek bir bölge olması itibarıyla "mezarlık" ya da "tabut" bölgesi olarak anılır. Ağız tabanı arka bölgesi en zor muayene edilen bölgedir. Alveoler sırtın üzerinde premolar dişlere enlemesine uzanan kemik yumrular "torus mandibularis" olarak bilinir. Muayenenin bu aşamasında tükürük miktarı da değıerlendirilmelidir. Ağız tabanı normalde bir tükürük havuzu bulundurduğundan kserostomi muayenesi için de önemli bir bölgedir².

Teşekkür

Olgu resimleri, "Ege Üniversitesi Yüz ve Ağız Lezyonları (EgeYa) Konseyi" arşivinden alınmıştır.

Kaynaklar

1. Agha R, Mirowski GW: The art and science of oral examination. *Dermatol Ther* 2010;23:209-19.
2. Scully C: The Oral Cavity and Lips. *Rook's Textbook of Dermatology*. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C: 7th ed. Oxford, Blackwell Publishing; 2004; 66.1-66.121.
3. Li LJ, Li Y, Wen YM, Liu H, Zhao HW: Clinical analysis of salivary gland tumor cases in West China in past 50 years. *Oral Oncol* 2008;44:187-92.
4. Takahama A Jr, da Cruz Perez DE, Magrin J, et al: Giant pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E58-60.
5. Messadi DW, Le A, Mirowski GW, Sedano HO: Biology and pathology of the oral mucosa. *Dermatology for Skin of Color*. Ed. Kelly AP, Taylor SC. New York, The McGraw-Hill 2009; 355-365.
6. Akriş S, Dayan D, Taicher S, Adam I, Nagler RM: Foreign body granulomas after injection of Bio-alcamid for lip augmentation. *Am J Otolaryngol* 2009;30:356-9.

7. Ortiz A, Yamauchi PS: Rapidly growing squamous cell carcinoma from permanent makeup tattoo. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:1073-4.
8. Tsunemi Y, Saeki H, Tamaki K: Labial melanotic macule diagnosed by dermoscopy. *Acta Derm Venereol* 2008;88:524-5.
9. Martin JL: Leukoedema: an epidemiological study in white and African-Americans. *J Tenn Dent Assoc* 1997;77:18-21.
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE: *Developmental defects of the oral and maxillofacial region, Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 2002;7-8.
11. Elston DM, Meffert J: Photo quiz. What is your diagnosis? Fordyce spots. *Cutis* 2001;68:24, 49.
12. Damm DD, Fantasia JE: Bilateral white lesions of buccal mucosa. *Morsicatio buccarum*. *Gen Dent* 2006;54:442, 444.
13. Bahadure RN, Fulzele P, Thosar N, Badole G, Baliga S: Conventional surgical treatment of oral mucocele: a series of 23 cases. *Eur J Paediatr Dent* 2012;13:143-6.
14. Ngu RK, Brown JE, Whites EJ, et al: Salivary duct strictures: nature and incidence in benign salivary obstruction. *Dentomaxillofac Radiol* 2007;36:63-7.
15. Amaliya, Timmerman MF, Abbas F, et al: Java project on periodontal diseases: the relationship between vitamin C and the severity of periodontitis. *Clin Periodontol* 2007;34:299-304.
16. Mirowski GW, Waibel JS: Pigmented lesions of the oral cavity. *Dermatol Ther* 2002;15:218-28.
17. Tredwin CJ, Scully C, Bagan-Sebastian JV: Drug-induced disorders of teeth critical reviews in oral biology and medicine. *J Dent Res* 2005;84:596-602.
18. Kauzman A, Pavone M, Blanas P, Bradley G: Pigmented lesions of the oral cavity: Review, differential diagnosis, and case presentations. *J Can Dent Assoc* 2004;70:682-3.
19. Eisen D: Disorders of pigmentation in the oral cavity. *Clin Dermatol* 2000;18:579-87.
20. Allan CM: Examination of the oral cavity and identification of normal variants. *Dermatol Ther* 2003;15:174-8.
21. Bilgili SG, Akdeniz N, Karadag AS, et al: Mucocutaneous disorders in children with down syndrome: case-controlled study. *Genet Couns* 2011;22:385-92.
22. Goswami M, Verma A, Verma M: Benign migratory glossitis with fissured tongue. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2012;30:173-5.
23. Dreyer LN, Brown GC: Oral manifestations of psoriasis. *Clinical presentation and management*. *N Y State Dent J* 2012;78:14-8.
24. Greenlaw SM, Alberta-Wszolek L, Garg A: Clinical images: beyond the classic triad: dermatologic manifestations of reactive arthritis. *Arthritis Rheum* 2009;60:625.
25. Kreuter A, Wieland U: Oral hairy leukoplakia: a clinical indicator of immunosuppression. *CMAJ* 2011;183:932.
26. Cho HH, Kim SH, Seo SH, et al: Oral hairy leukoplakia which occurred as a presenting sign of acute myeloid leukemia in a child. *Ann Dermatol* 2010;22:73-6.
27. Thompson DF, Kessler TL: Drug-induced black hairy tongue. *Pharmacotherapy* 2010;30:585-93.
28. Taybos G: Oral changes associated with tobacco use. *Am J Med Sci* 2003;326:179-82.
29. Ghabanchi J, Andisheh Tadbir A, Darafshi R, Sadegholvad M: The prevalence of median rhomboid glossitis in diabetic patients: a case-control study. *Iran Red Crescent Med J* 2011;13:503-6.
30. Arendorf TM, Walker DM: Tobacco smoking and denture wearing as local aetiological factors in median rhomboid glossitis. *Int J Oral Surg* 1984;13:411-5.
31. Premalatha S, Sarveswari KN, Lahiri K: Reverse-Namaskar: a new sign in Ehlers-Danlos syndrome: a family pedigree study of four generations. *Indian J Dermatol* 2010;55:86-91.
32. Gritli-Linde A: The mouse as a developmental model for cleft lip and palate research. *Front Oral Biol* 2012;16:32-51.
33. Ruan F, Yang T, Ma H, et al: Risk factors for hand, foot, and mouth disease and herpangina and the preventive effect of hand-washing. *Pediatrics* 2011;127:e898-904.

Hatırlama soruları

1. Aşağıdaki oral mukoza psödopatolojilerinden hangisinin toplumdaki görülme sıklığı daha fazladır?

- a. Linea alba
- b. Fordyce tanecikleri
- c. Morsicatio buccorum
- d. Labial melanotik makül
- e. Fizyolojik pigmentasyon

Cevap: b

2. Hangisi, siyah kıllı dilin etiolojisinde rol oynamaz?

- a. Sigara kullanımı
- b. Kötü oral hijyen
- c. Kserostomi
- d. Yoğun antibiyotik kullanımı
- e. EBV enfeksiyonu

Cevap: e

3. Aşağıdaki oral mukoza alanlarından hangisi keratinize özelliktedir?

- a. Yumuşak damak
- b. Gingivalar
- c. Bukkal mukoza
- d. Ağız tabanı
- e. Dil ventral yüzü

Cevap: b